



Admisión y Concursos

La Dirección de Postgrado y Postítulo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso tiene como propósito formar **Médicos Especialistas** que destaquen por su excelencia académica, compromiso con la salud pública y trato humanizado.

Para asegurar este estándar, el ingreso a los programas de especialización se realiza mediante un **riguroso Proceso de Habilitación**, cuyo objetivo principal es seleccionar a médicos cirujanos cuyos valores personales y profesionales estén alineados con los principios institucionales. Este proceso garantiza que los postulantes cuenten con las competencias necesarias para acceder a los cupos disponibles.

Actualmente, la Dirección de Postgrado y Postítulo lleva a cabo el Proceso de Habilitación para el **ingreso en 2026**, a través de los siguientes concursos:

- Concursos Ministeriales
 - EDF
 - CONE
 - CONISS
 - Locales
 - Subespecialidades
 - Concursos con instituciones en convenio: **Armada de Chile, FACH, Mutual y Medicina Sports**
-

Formas de Ingreso

- MINSAL
- Instituciones en Convenio

Perfil de Ingreso

Varía según **cada programa** de especialización.

Requisitos de Ingreso

- **EUNACOM aprobado**, según Ley 20.261 (vigente desde el 19 de abril de 2009). Egresados antes de 2003 deben adjuntar **Calificación Médica Nacional**.
- **Título de Médico Cirujano** (fotocopia legalizada o firma reconocida por el MINEDUC). Títulos extranjeros requieren revalidación.
- **Certificado de Calificación Médica Nacional** (egresados antes del 2003).
- **Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud**.
- **Concentración de Notas**.
- **Trabajos de investigación** publicados o presentados en congresos (fotocopia simple de abstract o resumen).
- **Certificados de ayudantías** u otras actividades académicas.

- **Certificados de asistencia y/o participación** en congresos, jornadas, cursos y actividades de perfeccionamiento relacionadas con la especialidad.
 - **Certificados de actividades de perfeccionamiento** con evaluación.
 - **Certificado de vacuna anti hepatitis B.**
 - **Certificado o póliza de Seguro de Mal Praxis** (vigente durante toda la formación).
 - **Dos fotografías** tamaño carné con nombre y RUT.
 - **Certificado o carnet de vacunación COVID-19.**
 - **Certificado de vacunación influenza 2025.**
 - **Certificado de nacimiento.**
-

Selección y Postulación

Postulación

El postulante deberá ingresar a postgrados.uv.cl, descargar la **Ficha de Postulación**, completarla y adjuntar en un único archivo PDF todos los documentos de respaldo solicitados.

Selección

Los antecedentes serán evaluados por las Comisiones de cada Programa. Según los cupos disponibles, se realizará una **preselección** que dará paso a: - Evaluación psicológica - Entrevista con la Comisión del Programa

Evaluación Cuantitativa

Basada en: - EUNACOM - Nota de título profesional - Trabajos científicos - Ayudantías - Asistencia a cursos y congresos - Actividades de perfeccionamiento

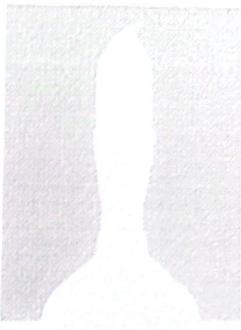
Evaluación Cualitativa

Considera: - Cantidad y calidad de actividades vinculadas a la especialidad - Pertinencia de las asignaturas evaluadas, definidas previamente por cada comisión

Dirección de Postgrado y Postítulo – Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO Y POSTÍTULO



DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos

RUT

Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Lugar de Nacimiento

Estado Civil:

Sexo:

Dirección de Residencia:

Comuna

Cuidad:

Teléfono fijo:

Teléfono Celular:

Correo electrónico:

Título Medico Cirujano

| Universidad de Egreso | Año de Titulación | País | Nota de Título | Calificación Médica (*) | Percentil EUNACOM |
|-----------------------|-------------------|------|----------------|-------------------------|-------------------|
| | | | | | |

*solo egresados hasta el año 2003

Programa al que Postula

Programa de Especialidad en:

Fecha Inicio

Fecha de Término

Financiamiento del Programa

Financiamiento

INVESTIGACION

Artículos Publicados

Autores

Título del artículo

Tipo de artículo

| Año | Revista | Volumen | Páginas |
|-----|---------|---------|---------|
| | | | |

DOCENCIA UNIVERSITARIA

| | |
|------------------------|--|
| Asignatura / Actividad | |
| Universidad | |

| | |
|-----|-------|
| Año | Horas |
| | |

Ayudantías de alumnos

| | |
|------------------------|--|
| Asignatura / Actividad | |
| Universidad | |

| | |
|---------|--------------|
| Periodo | Calificación |
| | |

EXPERIENCIA LABORAL

| | |
|--|--|
| Cargo | |
| Servicio de Salud (Hospital / Consultorio) | |

| | |
|-------------|---------|
| Total Horas | Período |
| | |

| | |
|--|--|
| Cargo | |
| Servicio de Salud (Hospital / Consultorio) | |

| | |
|-------------|---------|
| Total Horas | Período |
| | |

| | |
|--|--|
| Cargo | |
| Servicio de Salud (Hospital / Consultorio) | |

| | |
|-------------|---------|
| Total Horas | Período |
| | |



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

ESCUELA DE MEDICINA

DIRECCIÓN DE POSTGRADO Y POSTTÍTULO

ASISTENCIA CURSOS Y CONGRESOS

Nombre del Congreso o
Reunión

Institución Organizadora

| | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|
| Lugar | CHILE | Fecha | Horas |
| Nombre del Congreso o Reunión | | | |
| Institución Organizadora | | | |
| Lugar | CHILE | Fecha | Horas |
| Nombre del Congreso o Reunión | | | |
| Institución Organizadora | | | |
| Lugar | CHILE | Fecha | Horas |

ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Estada de perfeccionamiento en | |
| Universidad / Sociedad | |
| País | |
| Horas Totales | Nota o Calificación |

CURSOS DE POSTTÍTULO

| | |
|------------------------|-----------|
| Nombre del Curso | |
| Universidad / Sociedad | |
| Lugar | Horas Año |

DIPLOMAS

| | | |
|--------------------|-----|------|
| Nombre del Diploma | | |
| Universidad | | |
| País | | |
| Horas | Año | Nota |

GRADOS ACADEMICOS

| | |
|----------------------|------|
| Grado Académico | |
| Programa y/o mención | |
| Universidad | País |
| Nota | |

OTROS

| | | | |
|---------------------------|-----|------|--|
| Universidad o Institución | | | |
| País | | | |
| Horas | Año | Nota | |

- Si usted es Preseleccionado, se requiere que esta información sea documentada y presentada en carpeta ad-hoc el día de la entrevista.
- Acepto la verificación de mis antecedentes

FIRMA